TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN
SALA TERCERA DE DECISIÓN CIVIL

SALVAMENTO DE VOTO

PROCESO	VERBAL
DEMANDANTE	DIANA JOHANNA OSPINA JARAMILLO, JUAN ANDRÉS QUINTERO OSPINA (menor representado por diana Johanna), ZORAIDA ANDREA OSPINA JARAMILLO, SOFIA ARANGO OSPINA (menor representada por Zoraida Andrea
DEMANDADO	EDWARD ANTONIO FLOREZ ROMERO
RADICADO	05088 31 03 **001 2020 00114** 01
INSTANCIA	SEGUNDA
MAGISTRADO PONENTE	**Dr. JOSÉ GILDARDO RAMÍREZ GIRALDO**

Con el respeto que merecen los honorables Magistrados que integran esta Sala de Decisión, me aparto de la posición que plantea la sentencia, por cuanto, como lo dejé planteado en el proyecto que presenté y que no alcanzó mayoría, considero que la sentencia de primera instancia debió revocarse, en tanto, sí se acreditaron los presupuestos de la responsabilidad civil médica.

Lo anterior porque creo que las pruebas recaudadas dan cuenta que ambos médicos, tanto el actual demandado que atendió a la paciente el 9 de febrero de 2016, como el que la atendió el 11 del mismo mes y año, incurrieron en errores de diagnóstico y omisiones que desencadenaron en el fallecimiento de la señora LUZ MERY; además, contrario a lo planteado en la sentencia que alcanzó mayoría y de la cual me aparto, el análisis detenido de los testimonios de los galenos GIOVANNI ALBERTO MUÑOZ y RAFAEL ANTONIO PIEDRAHITA, a mi parecer, sí evidencia parcialidad que conllevaba a la prosperidad de la tacha de sospecha planteada por la parte demandante.

En el proyecto que presenté a la sala y que fue derrotado, cuyos argumentos son la base de este salvamento, por ser precisamente donde de forma detenida plasmé el análisis probatorio que consideré adecuado y las conclusiones que de éste extraje y, el cual me permito citar de forma extensa, literalmente expuse lo siguiente:

> "Con relación a la prueba del daño, está demostrado que la señora LUZ MERY JARAMILLO falleció el 12 de febrero de 2016 debido a un paro cardiorespiratorio, tal como consta en los documentos historia clínica y certificado de defunción que obran en los folios 50 a 57 del PDF denominado 0001Demanda.
>
> Como pruebas más relevantes de cara a establecer los demás presupuestos de la responsabilidad médica, esto es, la conducta culposa y el nexo de causalidad con el daño, se tienen los apartes de la historia

clínica de la señora LUZ MERY JARAMILLO arrimados como anexos a la demanda, un informe médico también acercado con la demanda, el dictamen pericial rendido por el médico TEIDHER JOVANY SERNA JIMÉNEZ y los testimonios de los médicos GIOVANNI ALBERTO MUÑOZ y RAFAEL ANTONIO PIEDRAHITA.

Como prueba documental anexa a la demanda, la cual no fue controvertida, se arrimó documento denominado *"INFORME DE RIESGO MÉDICO Y JURIDICO DEL CASO"* (fls. 60 a 72 PDF 0001Demanda), suscrito por el médico Cirujano de la Universidad de Antioquia y Especialista en Gerencia de la Universidad CES, FREDY ALONSO MARÍN JARAMILLO, quien expresó que luego de analizar la historia clínica de la señora LUZ MERY JARAMILLO TABARES donde constan las atenciones de los días 9, 11 y 12 de febrero de 2016, en la atención del 9 de febrero evidencia que de los datos clínicos recopilados más el hallazgo electrocardiográfico era claro que no se trataba de un cuadro normal y que el médico tratante debía avanzar en la precisión diagnóstica y terapéutica; que si el médico ya contaba con un criterio de dolor precordial, asociado a hipertensión, taquicardia, agravado con la actividad física y también contaba con cambios electrocardiográficos que correspondían a una posible lesión isquémica, debió proceder a buscar el criterio enzimático que confirmara o no la presencia de una afección coronaria aguda, a pesar de lo cual no se realizó enfoque del riesgo de cara a las condiciones clínicas y electrocardiográficas encontradas, procediendo a aplicar analgésicos básicos; afirma que se subvaloró el cuadro clínico de la paciente, pues los hallazgos denotaban una afección coronaria que requería manejo prioritario y pruebas enzimáticas, para lo cual, de no ser posible realizar en el nivel de complejidad, se debió remitir a la paciente a una institución que pudiera dar continuidad al tratamiento.

En cuanto a la atención del 11 de febrero de 2016 expresó que los síntomas denotaban una progresión de la enfermedad; que el médico que atendió a la señora LUZ MERY en esa fecha incurrió en la misma omisión del que la atendió el día 9 de febrero, al considerar los cambios electrocardiográficos como normales y diagnosticar trastorno de ansiedad.

Concluyendo que ambos médicos cometieron omisiones importantes, porque ante la posibilidad de enfermedad coronaria debieron realizar confirmación enzimática con troponinas; que incurrieron ambos médicos también en falta de pertinencia en el manejo de la patología y subvaloración del riesgo que clínica y electrocardiográficamente era evidente.

El anterior documento que da cuenta de un posible error en la atención y diagnóstico de la señora LUZ MERY, fue completamente desconocido por el juez de primera instancia y, si bien es cierto, el mismo no podía ser el único medio de prueba para soportar las pretensiones, debido a que se trata únicamente de un informe médico no controvertido en audiencia, si era pertinente que se estudiara a la luz de los demás medios probatorios, especialmente del dictamen pericial debidamente controvertido.

Se evidencia así entonces, PFD denominado 48Aportadictamenpercial que contiene precisamente la experticia rendida por el médico adscrito como perito a la Universidad Ces, Doctor TEIDHER JOVANY SERNA JIMÉNEZ, docente, especialista en medicina de urgencias y Coordinador de

Emergencias de la Clínica Universitaria Bolivariana, como de forma contundente indicó el perito, que la señora LUZ MERY no debió ser dada de alta en las atenciones del 9 y 11 de febrero de 2016, hasta que se estudiara completamente el origen del dolor torácico; que en dichas atenciones se omitió la realización de evaluación de riesgo coronario y del examen de enzimas cardiacas, necesario para establecer la existencia de síndrome coronario agudo en pacientes que, como la señora LUZ MERY, no tienen elevación del ST; explicó que la señora LUZ MERY presentaba factores de riesgo coronario obrantes en la historia clínica, como hipertensión y obesidad, los que debieron ser tenidos en cuenta por los médicos que la trataron en las referidas fechas, para no darla de alta y continuar el estudio del origen del dolor torácico, diciendo que en este caso existieron dos factores que llevaron a la muerte de la paciente, así: *"a) Falta de continuidad en el tratamiento, los médicos que atendieron a la paciente los días 9 y 11 desconocían lo sucedido con la paciente el día 3, en el cual los signos, síntomas, diagnóstico y manejo propuesto coincidían con infección respiratoria aguda, que posiblemente tuvo mala evolución y asociada con saturaciones de 90, 92 y 94% debió contribuir con hipoxia a la enfermedad coronaria de la paciente. b) Se violan atributos de calidad y seguridad del paciente como pertinencia (al no dar enfoque a la paciente como enfermedad coronaria), a pesar de haber pensado en esta como posible diagnóstico (solicitaron EKG), oportunidad y acceso (si la enferma hubiese sido enfocada como paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del ST hubiera accedido a los estudios para esta enfermedad y posiblemente tenido un diagnóstico y manejo oportuno que impactarían en el riesgo de muerte)."*

Y planteó como CONLUSIÓN PERICIAL *"la paciente en mención **debió ser manejada como paciente con síndrome coronario agudo desde la atención del día 9 de febrero** y en la del 11.*

*Si así hubiera sido era necesario la realización de enzimas cardiacas y estratificación de riesgo coronario, con lo cual se hubiera tomado la atención de llevar la paciente a un centro especializado en cardiología, allí se realizaría el estudio correspondiente, diagnóstico y manejo. **Se observa impericia y negligencia de parte del personal médico**"* (Resaltado intencional).

También dijo el perito, que los médicos que atendieron a la paciente en la ESE Bellosalud los días 9 y 11 de febrero de 2016, no cumplieron con las guías para el manejo del síndrome coronario agudo; que existe relación de causalidad entre las atenciones de los médicos de la ESE Bellosalud y el deceso de la señora JARAMILLO TABARES y que: *"si la paciente hubiera sido manejada de acuerdo con las Guías de Síndrome coronario agudo, probablemente el diagnóstico y manejo oportuno, hubieran evitado su muerte a raíz de esta enfermedad en ese momento"*.

De forma clara, detallada, explicada y contundente, en la contradicción del dictamen en audiencia, al referir a la consulta del día 9 de febrero de 2016, expuso el experto que:

"...si este paciente de entrada el médico considera que tiene un dolor torácico de naturaleza cardiaca y por consiguiente solicita un electrocardiograma, el paso a seguir teniendo en cuenta lo que la paciente está presentando que ya de entrada es una hipertensión arterial, que si lo corroboramos con las cifras de presión arterial también del día 3 donde también se encontraba hipertensa y que hace parte de la historia a

la cual el médico debe tener acceso al momento de evaluar el paciente, ya tiene dos factores de riesgo que son la hipertensión arterial y la obesidad que describimos ahorita en lo que tenía que ver con el índice de masa corporal, asociado a una paciente con un dolor torácico que para acabar de ajustar era opresivo que se refería al miembro superior izquierdo, que tenía unas características muy típicas, no diagnostica un síndrome coronario pero si amerita el estudio para diagnosticar un síndrome coronario agudo que se terminaría de configurar solicitando una enzima cardiaca que se llama troponina…" (Archivo de video 0078 hora 1:21:31 a 1:22:36).

Luego (Archivo de video 0079) al referir a las atenciones del 9 y 11 de febrero de 2016, dijo que: *"considero que faltó profundizar en la atención de la paciente Luz Mery, que se pudo haber disminuido el daño de haber un diagnóstico oportuno teniendo en cuenta que para el gremio de la salud, para el personal médico el tiempo que nos demoramos nosotros en patología como el síndrome coronario en hacer diagnóstico y manejo empeora el pronóstico y aumenta el riesgo de que nuestros pacientes tengan complicaciones como mortalidad o como comorbilidad… "* (hora 00:000:01 a 00:04:17).

A la pregunta *"¿De acuerdo a la conclusión de egreso del 9 de febrero de 2016 por parte del doctor Edwar Flórez donde indica que la taquicardia se atribuye a posible anemia, esa conclusión fue acertada?"*, expresó *"Yo no puedo decir si el diagnóstico de anemia era o no era porque no se realizó, lo que definitivamente si no es acertado es que si un paciente está taquicardico y con dolor en el pecho por un síndrome anémico el paciente deba de ser dado de alta, el paciente se tuvo que haber quedado para estudiar anemia y pues si era una anemia lo que estaba causando el dolor en el pecho, que la anemia, hay que tener presente que la anemia es una de las causas de síndrome coronario en pacientes que tienen arterias que ya están muy cerradas, el síndrome anémico lo que nos lleva es a conducir menor cantidad de oxígeno y a que el paciente pueda ser sintomático, con mayor razón el paciente no se debió haber retirado del servicio"* (hora 00:05:08 a 00:06:00).

Seguidamente dijo que si un paciente no lleva el electrocardiograma el resultado debe constar en la historia clínica; que el síndrome coronario agudo es normalmente conocido como infarto; que el electrocardiograma lo que diagnostica inicialmente es si el paciente tiene elevación del ST y si no hay cambios, pero la evaluación clínica lo indica, se debe realizar una troponina; que el naproxeno, acetaminofén y el diclofenaco están contraindicados para una persona que presenta infarto por ser antiinflamatorios no esteroideos; que la hipertensión es un factor de riesgo; que el dolor precordial que se agrava con la actividad física da signo de angina y la angina es uno de los síntomas principales de pacientes con síndrome coronario agudo; que la paciente presentaba síntomas de angina y, que un médico general está preparado para evidenciar este tipo de síntomas coronarios en una atención de urgencias (hora 00:06:01 a 00:09:17).

Expresó también el galeno experto que, los síntomas de la paciente podrían ser indicativos de otras patologías, pero en un caso distinto al de la fallecida, porque según la historia clínica de la paciente donde está descrito un índice de masa corporal superior a 30 y signos vitales con hipertensión arterial era *"indispensable"* que se hiciera estudio adicional (hora 00:17:00); explicó que la señora LUZ MERY debió haber sido

estratificada y no quedarse solo con la evaluación clínica y el electrocardiograma, sino que se tuvo que haber realizado una troponina que permitiera saber si tenía un síndrome coronario agudo no ST o si se estaba ante un paciente con una angina inestable y, de acuerdo con eso, en el sitio de remisión a donde la paciente debía llegar, el cardiólogo definiría si le realizaba una prueba de esfuerzo o si lo que hacía era llevarla directamente a una prueba de estratificación invasiva (min 00:22:00 a minuto 00:22:30); expresó que cuando un paciente llega con los síntomas de la señora LUZ MERY lo primero que se debe analizar es la probabilidad de enfermedad coronaria, que en este caso era alta por el índice de masa corporal elevado y la hipertensión arterial; que cuando se define la probabilidad se empieza a clasificar el riesgo para lo cual se hace primero un electrocardiograma que puede diagnosticar de una vez un síndrome coronario que es el que tiene elevación del ST y, si no hay elevación del ST, pero la clínica de la paciente corresponde a que puede tener un síndrome coronario agudo, la obligación del médico es pasar a solicitar un examen que se llama troponina, el cual dice si el paciente tiene un síndrome coronario agudo no ST o si no lo tiene (minuto 00:25:50 a 00:27:00); a la pregunta de si la paciente podía clasificarse como un caso atípico o científicamente dudoso porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o son indicativos de varias afecciones, respondió que la presentación de la paciente no es atípica sino típica de una paciente con síndrome coronario agudo, expresamente dijo: *"Digamos que en el caso de la señora Luz Mery Jaramillo el dolor no es atípico, estamos hablando de un dolor que es precordial, irradiado a cuello,* ***pues es, digamos que de lo más típico de las presentaciones de síndrome coronario****, cuando nos referimos a dolor atípico ehh* ***y sobretodo en el momento de la historia del día del 9****,* ***podríamos pensar en un dolor atípico el día 11****, cuando el dolor se refiere al lado izquierdo del cuello y son más síntomas disautonomicos los que se presentan, la presentación más típica de lo atípico es el dolor en la boca del estómago o dolor epigástrico, pero en este caso no es tan atípica, es más típica que atípica"* (00:32:00 a 00:32:42) (Resaltado intencional); que en los hospitales de baja complejidad no necesariamente tiene que haber laboratorio clínico y aunque lo hubiera puede que no tengan examen para troponinas, pero ello no implica que el paciente deba ser dado de alta, sino que deba ser remitido y hacer lo posible para que se haga lo más pronto posible; que por eso debe ser *"remitido"* y no *"referido"* a un laboratorio por fuera a que le realicen el examen, pues tiene que haber continuidad en la atención (00:32:50 a 00:34:30); que un paciente con infarto agudo de miocardio puede sobrevivir por espacio de días (00:36:50 a 00:36:54); al ser indagado sobre cómo puede asegurar que la muerte de la señora LUZ MERY JARAMILLO era evitable y que es causa de una mala praxis médica si no reposa en el expediente necropsia que determine claramente la causa de muerte, respondió: *"de acuerdo a lo contenido en la historia clínica es obligación de los peritos hacer el análisis de la información y a partir de ese análisis dar nuestra opinión acerca de lo que corresponda, si bien solamente fuera la necropsia quien se encargara de hacer este tipo de aseveraciones tal y como lo acabas de describir no sería peritaje sino necropsias unicamente"* (00:38:45 a 00:39:05); al ser indagado por el Juez (minuto 00:49:58) sobre si el protocolo que se siguió con la paciente el día 9 de febrero de 2016, dado el nivel bajo de atención de la IPS, fue adecuado, respondió que la paciente ya no presentaba asfixia y estaba documentado que era obesa e hipertensa y de acuerdo con eso el protocolo llevaba a estudio de enfermedad coronaria; al ser indagado por la hipertensión arterial apenas en estudio, dijo que los exámenes que le ordenaron a la paciente no

fueron para diagnosticar la hipertensión arterial, sino para diagnosticar factores de riesgo conexos con la hipertensión arterial que ya estaba diagnosticada (minuto 00:50:49 a 00:51:10); al preguntarle si era una obligación médica retener a la paciente desde el día 9 hasta establecerse su estado claro y concreto de enfermedad (minuto 00:55:26), respondió *"de acuerdo con usted señor juez";* al indagarle qué puede hacer un médico al no tener "*a la mano*" elementos para hacer el examen de troponina, respondió que el médico en ese momento debe *"montar al paciente en remisión"* y enviarlo a un sitio donde contaran con los recursos suficientes para el estudio, diagnóstico y manejo (minuto 00:55:43 a 00:57:00); al preguntarle por el efecto de la falta de reporte de antecedentes cardiacos de la paciente dijo que es muy importante que los pacientes entreguen información suficiente y que los médicos indaguen adecuadamente por información de ese tipo, **pero que en este caso habían otros dos factores de riesgo diagnosticados previamente, que aunque no eran crónicos, porque apenas estaban iniciando su estudio, debían ser tenidos en cuenta como factores de riesgo;** que el antecedente del fallecimiento del papá de la paciente con ocasión de una enfermedad cardiaca solo aparece en la historia clínica cuando la paciente llegó en paro, pero lo que tiene que ver con hipertensión y obesidad son antecedentes que están en atenciones recientes y, por ende, debieron ser tenidos en cuenta por el médico para tomar una decisión (minuto 00:57:01 a 1:02:05); al responder a la pregunta relativa a la necesidad de que la paciente se realizara y reportara el resultado de los exámenes de laboratorio que le fueron ordenados, **dijo que éstos son solo para establecer factores de riesgo que agravan el diagnóstico, pero para realizar éste, el diagnóstico, no se necesitaban los exámenes ordenados, sino el de troponinas que no fue ordenado** (minuto 1:03:30).

El dicho del perito en este caso fue claro, contundente y explicativo de la omisión determinante, de los médicos que atendieron a la señora LUZ MERY JARAMILLO en la ESE Bellosalud los días 9 y 11 de febrero de 2016, al dar de alta a la paciente sin haber estudiado completamente el origen del dolor torácico, a pesar de la existencia de dos factores de riesgo documentados en la historia clínica que denotaban el riesgo de síndrome coronario agudo; así mismo, la omisión de ordenar el examen de troponinas y remitir a la paciente a una entidad de mayor nivel donde éste le pudiera ser realizado para continuar el tratamiento y, expresó también el experto que, muy probablemente el manejo y diagnóstico adecuado, que no se realizó en este caso, hubiera evitado la muerte de la señora LUZ MERY.

De modo pues que el dictamen pericial reseñado da cuenta que, aunque el dolor precordial puede presentarse en otras enfermedades, los antecedentes configurativos de factores de riesgo de la paciente que obraban en la historia clínica, hacían necesario verificar la existencia de enfermedad coronaria aguda, para cuyo efecto, se debió ordenar a la paciente, examen de troponinas y remitirla a una institución de salud donde el mismo le pudiera ser realizado y continuar el tratamiento.

Véase que en la historia clínica de la señora LUZ MERY de los días 3 y 9 de febrero de 2016 se hizo anotación de IMC Índice de Masa Corporal de 31 en la primera y 32 en la segunda (Fls. 37 a 39 PDF 0001Demanda), valores que según la Organización Mundial de la Salud[1] son indicativos

[1] https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Lucha-Contra-La-Obesidad.aspx

de obesidad y factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, lo cual también lo explicó el perito médico; en similar sentido obra en la atención del 9 de febrero de 2016 (Fls. 37 a 39 PDF 0001Demanda) anotación de diagnóstico de hipertensión esencial primaria, el que igualmente, según la Organización Mundial de la Salud[2] y lo afirmado por el perito, es factor de riesgo de cardiopatías.

También se evidencia en dicha historia clínica que a pesar que el médico sospechó de una patología de origen cardiaco y de los dos factores de riesgo referidos y documentados en la historia clínica, finalmente dio de alta a la paciente sin saber la causa exacta del dolor precordial diagnosticado inicialmente (Fl. 42 PDF 0001Demanda) y con formula de medicamentos acetaminofén y naproxen, los que según el perito están contraindicados en personas con infarto (hora 00:06:01 a 00:09:17), contraindicación que también se constata en variados sitos de internet médicos y farmacológicos[3]

Las anteriores consideraciones son decisivas para establecer la conducta culposa médica y su nexo con el resultado muerte y, si bien es cierto el dictamen pericial no ata al juez en el sentido de la decisión, pues es necesario que éste se estudie de acuerdo a las reglas de la sana critica, lo cierto es que la solidez, claridad, exhaustividad, precisión y calidad de la experticia y su explicación en audiencia, sumado a la experiencia y estudios del experto en este caso, implican la necesidad de que el dicho de éste sea tenido en cuenta o por lo menos, que se descarte con sustento en pruebas igual o más contundentes, las que no fueron arrimadas al plenario.

El juez de primera instancia tuvo en cuenta para apoyar su decisión y restarle valor al dictamen, el dicho de los médicos que rindieron declaración Doctores GIOVANNI ALBERTO MUÑOZ y RAFAEL ANTONIO PIEDRAHITA y, si bien no se comparte la alegación de la parte recurrente relativa a que dichas declaraciones no podían ser valoradas porque fueron decretadas como testimonios técnicos y los declarantes no presenciaron los hechos, sí se evidencia que las mismas no eran suficientes para concluir la inexistencia de culpa, mucho menos para descartar el claro y categórico dictamen pericial obrante en el plenario.

Es cierto que los anteriores declarantes no son testigos técnicos porque claramente esta calidad la ostentan quienes además de sus conocimientos en la materia discutida, presenciaron los hechos y, los médicos deponentes no estuvieron presentes en la atención médica discutida; no obstante, dichas declaraciones si pueden ser tenidas en cuenta como conceptos o criterios de especialistas, así lo ha aceptado nuestro mayor órgano de decisión civil, al indicar que: *"Los conceptos o criterios de los expertos y especialistas son medios de prueba no regulados expresamente en el estatuto adjetivo, pero perfectamente admisibles y relevantes en virtud del principio de libertad probatoria que rige en nuestro ordenamiento procesal (...), en la medida que son útiles para llevar al juez conocimiento objetivo y verificable sobre las circunstancias generales que permiten apreciar los hechos; no se oponen a la naturaleza del proceso; no están prohibidos por la Constitución o la*

[2] https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
[3] https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682159-es.html
https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a681029-es.html
https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-attack/expert-answers/nsaids-heart-attack-stroke/faq-20147557

ley y el hecho alegado no requiere demostración por un medio de prueba legalmente idóneo o especialmente conducente" (Ver sentencia del Sentencia SC 9193 del 28 de junio de 2017. M.P. Ariel Salazar Ramírez). Lo relevante en este caso entonces, no es la forma en que se decretó la prueba, ni el hecho de que ésta debiera ser descartada porque los declarantes no presenciaron los hechos; sino, la parcialidad de los declarantes que llevaba a que su dicho fuera analizado con mayor reserva por parte del fallador de primer grado y su desempeño y especialización en áreas administrativas y no de atención de urgencias.

Véase que ambos declarantes trabajan para la ESE Bellosalud, entidad donde se presentó la atención médica discutida y sus funciones las desempeñan en áreas administrativas; el médico GIOVANNI ALBERTO MUÑOZ como auditor de cuentas médicas y el Doctor RAFAEL ANTONIO PIEDRAHITA como líder de gestión del riesgo para enfermedades crónicas.

En el caso del médico GIOVANNI ALBERTO MUÑOZ la parcialidad fue evidente en su declaración, pues denotaba su interés en beneficiar con su dicho al médico demandado que es su compañero de trabajo; de controvertir el dictamen en lo que desfavorecía al demandado y, se refería a la parte demandante casi que, en términos de una contraparte. Resulta pertinente destacar varias de sus manifestaciones, así: *"...**juiciosamente** estaba pensando en todo momento que no se podía **imprudentemente** contentar con un diagnóstico de una osteocondropatia..."* (Video 79 hora 1:32:00); *"...Yo fui entre otras cosas fundador del Comité de Defensa Jurídica del Hospital hace más de siete años donde trabajo y es primera vez que yo veo que no se arrima a un expediente de un caso de estos de tanta trascendencia porque se trata de un fallecimiento, **se trata en este momento de la reputación y del patrimonio de unos colegas**..."* (1:37:00); *"...no conozco el primer paciente que sobreviva a un infarto agudo de miocardio por días, estamos hablando que ese **parece ser el diagnóstico de batalla de esta paciente**, al menos por lo que pude ver del peritazgo"* (1:44:40); *"...Yo me ubico en un servicio de urgencias de Zamora en el año 2016, con exámenes de primer nivel que inclusive las imágenes diagnosticas las **teníamos** contratadas con un segundo nivel"* (1:46:00); *"...el perito es más avezado y llega más allá y decir afirmando que era un infarto agudo de miocardio con ST no elevado, **me parece temerario**..."* (1:48:00); *"El Doctor Edward es en este momento compañero de la ESE Bellosalud"* (1:53:06); "*Yo en esta empresa hace ocho años o siete años fundé el Comité de Defensa Judicial de la Empresa, precisamente para estos casos que se presentan de litigios jurídicos..." (*1:58:30); "*Yo como médico jamás me negaré a darle la oportunidad, el chance de defensa a un colega"; "me parece muy buena pregunta porque esto se ha vuelto también el **caballito de batalla** al respecto..."* (2:09:05) (Resaltado intencional).

Y el médico RAFAEL ANTONIO PIEDRAHITA si bien no demostró una parcialidad tan evidente como la de su colega citado líneas atrás, si evidenció su dicho un interés en controvertir el dictamen pericial obrante en el plenario, a lo que se agrega su relación también de cercanía con el demandado y la relación de dependencia con la ESE donde se presentó la atención materia de debate, sumado a la falta de coincidencia de su dicho con las demás pruebas arrimadas al proceso, especialmente con el dictamen pericial (Video 79 hora 2:28:00 hasta finalizar y video 80).

Es verdad que la tacha de un testimonio y la relación cercana con una de las partes no implica que su dicho deba ser descartado, sino que se analice con detalle, haciendo énfasis en su imparcialidad y en la coincidencia con las demás pruebas, habiéndose evidenciado en este caso que las declaraciones de los dos galenos no coinciden en nada con el resto del material probatorio recaudado, como se dijo, en tanto pareciera que su declaración estaba encaminada era a contradecirlo, lo que resulta inadecuado, sumado al hecho de que no se trata de especialistas en la materia, pues si bien el perito indicó que cualquier médico general está capacitado para diagnosticar en urgencias un infarto, también debe tenerse en cuenta que los deponentes reconocen tener especializaciones en otras áreas diversas a la atención en urgencias y realizar hace bastantes años labores más administrativas y diferentes a las asistenciales de pacientes en urgencias, diferente al perito que si está especializado en la atención de urgencias y se dedica a dicha labor en una institución médica reconocida en esta ciudad.

Resulta pertinente advertir que según lo ha indicado la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia para establecer el nexo de causalidad "*es preciso acudir a las reglas de la experiencia, a los juicios de probabilidad y al sentido de la razonabilidad, pues solo éstos permiten aislar, a partir de una serie de regularidades previas, el hecho con relevancia jurídica que pueda ser razonablemente considerado como la causa del daño generador de responsabilidad civil.*" (Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia del 14 de diciembre de 2012. M.P. Ariel Salazar Ramírez.) y, en materia médica, no puede pretenderse que la prueba sobre el vínculo causal se presente en términos de precisión matemática, siendo lo exigible que exista alta certeza y probabilidad de ocurrencia que pueda estimar el daño unido a una conducta de la parte demandada".

En los anteriores términos, que contienen el análisis que expuse en la ponencia que presenté inicialmente y que fue derrotada, dejo planteado mi salvamento frente a la sentencia que obtuvo mayoría de la Sala de Decisión.

Cordialmente,

MARTHA CECILIA OSPINA PATIÑO
(Firma escaneada conforme al art. 11 del Decreto 491 de 2020 Ministerio de Justicia y del Derecho)
Utilizada para decisiones de la Sala Tercera de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín